

Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès
Commission des œuvres sociales
(Agrément du 15 /06/2022)

Formulaire de remboursement des soins dentaires

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Je soussigné(e) : | Émargement |
| Fonction : | Grade : |
| Faculté /Rectorat : | |
| Tél : | |

Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :

| | |
|-----------------------------------|---|
| Moi-même <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> *Mon épouse (époux), nom et prénom : |
| | <input type="checkbox"/> **Mon fils (ma fille), nom et prénom : |

Des soins dentaires

Extraction Implants dentaire Prothèses dentaires Orthopédie dento-faciale

Traitement de caries dentaires et plombages Autres (préciser ci-dessous)

.....

| | |
|------------------------------|-------|
| Soins effectuée par : | |
|------------------------------|-------|

| | |
|-------------------------|-------|
| Spécialiste en : | |
|-------------------------|-------|

| | |
|---|--|
| Griffe obligatoire du thérapeute : | |
|---|--|

| | |
|---|---------|
| D'une valeur totale globale de : |DA |
|---|---------|

Fait à le

Le thérapeute

Partie réservée à la commission

| N° | Pièces demandées | Obs |
|-----------|---|-----|
| 01 | Formulaire de remboursement des soins dentaires | |
| 02 | Attestation récente de travail | |
| 03 | *Fiche familiale | |
| 04 | ** Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice pour les enfants à charge + attestation de non affiliation à la CNAS + attestation de non affiliation à la CASNOS (pour les enfants de plus 18 ans) | |
| 05 | Copie de l'ordonnance et/ou rapport médical | |

| Date du traitement du dossier | Décision de la commission | Montant de l'opération | Montant remboursé | Avis du Président |
|-------------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | |